



Campus de Montenegro  
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Fernanda Oliveira de Vasconcellos

**ESTUDO SOBRE A RESPONSABILIDADE SOCIAL DO ADMINISTRADOR  
PÚBLICO FACE ÀS NECESSIDADES DE ATENDIMENTO E ATENÇÃO ÀS  
PESSOAS IDOSAS NA ÁREA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONTENEGRO**

Montenegro

2018

Fernanda Oliveira de Vasconcellos

**ESTUDO SOBRE A RESPONSABILIDADE SOCIAL DO ADMINISTRADOR  
PÚBLICO FACE ÀS NECESSIDADES DE ATENDIMENTO E ATENÇÃO ÀS  
PESSOAS IDOSAS NA ÁREA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONTENEGRO**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Administração da  
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Campus de  
Montenegro, para fins de avaliação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Adm. Ione Sardão da Silva, Msc.

Montenegro

2018

“Idoso é quem tem o privilégio de viver uma longa vida... velho é quem perdeu a jovialidade. Você é idoso quando sonha... você é velho quando apenas dorme. Você é idoso quando ainda aprende... você é velho quando já nem ensina. Você é idoso quando tem planos... você é velho quando só tem saudade. Para o idoso a vida se renova a cada dia que começa... para o velho a vida se acaba a cada noite que termina. Que você, quando idoso, viva uma vida longa, mas que nunca fique velho.”

(Autor desconhecido)

## RESUMO

A saúde pública é assunto de interesse geral, porém o intuito deste estudo é salientar o fato de que a população está envelhecendo e que esta experiência é nova para a sociedade brasileira. Surge a importância de uma atenção direcionada a população idosa, partindo do princípio de que a saúde física e mental do ser humano é determinante para sua sobrevivência. Nota-se que o crescimento inesperado dessa população específica implica em necessidades sociais, culturais e principalmente de saúde e, muitas vezes, existe um desamparo de assistência pela sociedade a qual fazem parte. Portanto, este Trabalho de Conclusão de Curso teve como foco principal evidenciar a vulnerabilidade social do idoso comparando as ações de atendimento oferecidas a estes pela Unidade Básica de Saúde e pela Casa de Amparo Mão de Deus, ambas localizadas no município de Montenegro RS. Foram problematizados temas como direitos sociais, envelhecimento da população, assistência ao idoso, o papel do idoso na sociedade e sua importância para novas gerações. Por meio de uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, com objetivo exploratório descritivo e procedimento técnico bibliográfico documental, a pesquisadora aplicou questionários pré-estabelecidos e realizou entrevistas para melhor formalizar a coleta de informações de ângulos diferentes dos envolvidos em relação ao atendimento aos usuários. Dessa forma, foi possível identificar a necessidade de elaboração de ações públicas em prol da população idosa visando à manutenção de um estilo de vida ativo e preventivo buscando a melhoria da sua qualidade de vida.

**PALAVRAS CHAVE:** Administrador Público. Estatuto do Idoso. Políticas Públicas.

## SUMMARY

*Public health is a matter of general interest, but the purpose of this study is to emphasize the fact that the population is aging and that this experience is new for Brazilian society. The importance of targeted attention to the elderly population arises, assuming that the physical and mental health of the human being is determinant for their survival. It is noted that the unexpected growth of this specific population implies social, cultural and especially health needs and, often, there is a helplessness of assistance by the society of which they are part. Therefore, the main objective of this study was to highlight the social vulnerability of the elderly by comparing the care actions offered to them by the Basic Health Unit and by the Casa de Amparo Hand of God, both located in the municipality of Montenegro RS. Issues such as social rights, aging of the population, assistance to the elderly, the role of the elderly in society and their importance for new generations were problematized. The researcher applied pre-established questionnaires and conducted interviews to better formalize the collection of information from different angles of those involved in relation to the users' care. Thus, it was possible to identify the need for elaboration of public actions in favor of the elderly population aiming at the maintenance of an active and preventive lifestyle seeking the improvement of their quality of life.*

**KEYWORDS:** Public Administrator. Statute of the Elderly. Public policy.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 01: Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro.....	15
Figura 02: Casa de Amparo Mão de Deus de Montenegro.....	16

## LISTA DE SIGLAS

UBS: Unidade Básica de Saúde

OMS: Organização Mundial de a Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

BPC: Benefício de Prestação Continuada

PNSPI: Política Nacional da Pessoa Idosa

INSS: Instituto Social do Seguro Social

ARH: Administração de Recursos Humanos

SPC: Serviço de Proteção ao Crédito

CNDL: Confederação Nacional dos Dirigentes Lojistas

ABCAMD: Associação Beneficente Casa de Amparo Mão de Deus

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1.1- OBJETIVOS</b> .....	10
1.1.1- Objetivo Geral.....	10
1.1.2- Objetivos Específicos.....	11
<b>1.2- JUSTIFICATIVA</b> .....	11
<b>1.3- APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO</b> .....	13
<b>2- REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>2.1- ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA</b> .....	17
<b>2.2- PAPEL DO ADMINISTRADOR</b> .....	18
2.2.1- Políticas Públicas para atender Idosos.....	19
2.2.1.1- Diretrizes.....	23
2.2.2- Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável.....	24
2.2.3- O Idoso sob uma Perspectiva Social.....	25
2.2.4- Estatuto do Idoso.....	26
2.2.4.1- Do Direito à Saúde.....	26
<b>2.3- ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS</b> .....	28
2.3.1- Gestão de Pessoas no Setor Público.....	30
2.3.2- Desenvolvimento Humano e Motivacional.....	31
2.3.3- Diversidade Cultural.....	32
2.3.4- Envelhecimento e Poder.....	33
2.3.5- Pirâmide de Necessidades Humanas.....	36
2.3.6- Marketing para Idosos.....	37
<b>3- MÉTODO DE PESQUISA</b> .....	39
<b>3.1- DELINEAMENTO DE PESQUISA</b> .....	39
3.1.1- Conceito de Métodos.....	39
<b>3.2- ABORDAGEM</b> .....	40
<b>3.3- OBJETIVO</b> .....	41
3.3.1- Pesquisa Exploratória.....	41
3.3.2- Pesquisa Descritiva.....	41
<b>3.4- PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE PESQUISA</b> .....	41
3.4.1- Pesquisa Bibliográfica.....	42

3.4.2- Pesquisa Documental.....	42
<b>3.5- TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS.....</b>	<b>42</b>
3.5.1- Entrevista.....	43
3.5.2- Observação Direta.....	43
3.5.3- Sujeitos da Pesquisa.....	44
<b>3.6- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>4- DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>5- SUGESTÕES DE MELHORIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>62</b>
APÊNDICE A – Questionário.....	66



## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a elaboração de um diagnóstico organizacional tem contribuído muito para a verificação da situação atual das empresas. Segundo Lima (2009, p. 65), este representa “um conjunto de fatores externos, organizacionais e individuais que precisam ser investigados para que se conheça a real situação de uma empresa”. Portanto, o diagnóstico organizacional consiste em uma análise dos dados colhidos referente à situação da empresa e de seu sistema de gestão, possibilitando assim, a identificação de seus problemas.

Como consequência dessa análise, é possível estabelecer prioridades com o objetivo de maximizar os resultados. Este estudo buscou entender as necessidades do público idoso que busca atendimento junto à UBS de Montenegro e é acolhido pela Casa de Amparo Mão de Deus.

Destaca-se a relevância do Administrador na área de saúde, pois este pela sua formação pode colaborar significativamente em todos os processos de uma instituição pública, além disso, tem o olhar direcionado para o planejamento, a execução, o controle e as correções necessárias para o objetivo final, visando sempre à eficiência e eficácia no serviço prestado pela saúde pública.

O conceito clássico de Saúde Pública, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1948), define o termo como a arte e a ciência de prevenir doenças, prolongar a vida, possibilitar a saúde e a eficiência física e mental através do esforço organizado da comunidade. Isto envolve uma série de medidas adequadas para o desenvolvimento de uma estrutura social capaz de proporcionar a todos os indivíduos de uma sociedade a condição de saúde e a manutenção do bem-estar físico, psíquico e social.

A saúde, destacada pela Constituição Federativa Brasileira (1988), como direito social fundamental, recebe desse modo, proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico-constitucional brasileira. Com o reconhecimento à saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Dessa forma, o homem, inserido na sua realidade histórica, social, econômica, política, dentre outros aspectos, “deve ser o núcleo de toda a atuação administrativa, pois é imperioso que a função pública e as relações havidas entre

cidadão e a Administração Pública se humanizem” segundo Cely e Silveira (2011, p. 17). A tendência orientadora da humanização da função pública passa, necessariamente, pela confiança, lealdade e boa fé que deve se fazer presente em todos os atos.

O modelo assistencial de saúde exige um tipo de gerenciamento diferente, humanizado, sensível e dinâmico, embora se deva levar em conta os mesmos itens de uma organização com objetivos a serem atingidos. De acordo com Starfield (2004), as práticas de atenção básica devem ser objeto de avaliação, visto ser esse nível de atenção a porta de entrada preferencial do usuário do SUS, responsável pela resolução de grande parte dos problemas apresentados.

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como propósito levantar dados referentes à carência de programas assistenciais direcionados a saúde do idoso, assim como a deficiência de atendimentos existentes na administração pública a este público. Existe todo um contexto de abandono, muitas vezes, por parte dos próprios familiares, e essa carência é diagnosticada geralmente na busca por atendimento médico, uma vez que a doença da alma é confundida com a doença física, como ressaltam os funcionários da UBS, o que destaca a importância de investimentos nessa área.

Percebe-se que a população esta de fato envelhecendo. As pessoas estão vivendo mais e, de forma mais completa o que gera a necessidade de um atendimento direcionado à população com mais idade, ou seja, pessoas acima de 60 anos de idade. Estas pessoas anseiam por atenção e muitas vezes, anseiam por mostrarem que são úteis para a sociedade, seja permanecendo ativa no mercado de trabalho, ou ainda, prestando serviços de auxílio a comunidade.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Comparar às ações de atendimentos oferecidos aos idosos pela Unidade Básica de Saúde – UBS e pela Casa de Amparo Mão de Deus localizados na cidade de Montenegro RS.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil socioeconômico e as expectativas dos idosos;
- Identificar as ações realizadas e atendidas na Unidade Básica de Saúde – UBS e na Casa de Amparo Mão de Deus em Montenegro;
- Analisar a percepção das cuidadoras dos idosos que moram na Casa de Amparo face às suas necessidades;
- Sugerir ações públicas de apoio aos idosos que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, no município.

## **1.2 JUSTIFICATIVA**

O propósito deste estudo foi realizar um diagnóstico organizacional no Setor Médico Adulto da UBS do município de Montenegro e na Casa de Amparo Mão de Deus, também de Montenegro. Esta pesquisa foi a oportunidade de unir o estágio prático realizado em um setor de Órgão Público com o conteúdo teórico, abordado em sala de aula, no que diz respeito à administração e gestão de uma empresa. O intuito é analisar diretamente o atendimento oferecido e as necessidades identificadas no que se refere a programas de atenção ao idoso.

Numa visão social, o gerenciamento de uma cidade e suas diversas secretarias é, sem dúvida alguma, muito mais complexo do que gerenciar uma empresa privada. Segundo Junqueira (1990), gerenciar serviços de saúde corresponde a uma unidade social construída para atingir determinados objetivos. É a união de pessoas, recursos, utilização de tecnologias leves, em direção aos objetivos estabelecidos.

De acordo com a atual gestão administrativa do município de Montenegro, existe a preocupação com melhorias na saúde básica e no atendimento aos pacientes. Sendo assim, este estudo de caso, pôde auxiliar na análise dos procedimentos atuais do Setor Médico Adulto, para que possíveis mudanças e ou implementações sejam discutidas e posteriormente viabilizadas.

Analisando sob os aspectos gerenciais, ainda, que se trate de uma empresa pública e não privada, muito do conhecimento teórico pode ser aplicado no funcionamento do processo administrativo buscando melhorias contínuas para

melhor atendimento à população. Afinal, a Saúde Pública diz respeito a todos e se faz necessário buscar mudanças positivas que correspondam às necessidades reais da comunidade.

Obviamente, a qualidade da atenção é uma questão para todos os níveis de serviços de saúde, incluindo os de emergência e a atenção especializada. O objetivo desta pesquisa foi atuar numa lógica de construção assistencial, pautada na necessidade de um projeto de promoção da saúde, com o intuito de integrar ações educativas, preventivas e assistenciais, articulado a ações de ensino e pesquisa, cuja estratégia foi desenvolver modelos que possam ser implantados nos serviços de saúde e em outros espaços da sociedade, em resposta às demandas sociais geradas no processo de acelerado envelhecimento populacional.

Embora existam normas regulamentadoras de atenção ao idoso, o município de Montenegro não possui nenhum programa direcionado à população que está envelhecendo, por isso a necessidade de promoção da saúde desta população tão desassistida. De acordo com Marras (2011, p. 282) “os indivíduos tendem a desenvolver certas forças motivacionais como produto do ambiente cultural em que vivem, afetando a maneira como eles encaram o trabalho e suas próprias vidas”. Logo, esse suporte assistencial é imprescindível para que os idosos sintam-se motivados e dispostos.

Assumindo a complexidade do propósito, esta afirmação apresenta a avaliação das necessidades enfrentadas pelos idosos e a viabilização da implantação de um projeto de promoção da saúde do idoso no município de Montenegro, em caráter exploratório, direcionada a apreender possíveis repercussões em alguns aspectos da saúde e da vida dos idosos.

Ainda, neste sentido, pode-se destacar que a Casa de Amparo Mão de Deus tem como finalidade administrar, manter, promover, coordenar e desenvolver atividades filantrópicas de caráter educacional, de assistência abrigacional, médica, social e cultural a idosos em situação de risco social, não fazendo distinção alguma quanto à raça, cor, condição social, credo político e religioso.

Esta Instituição, em parceria com empresas privadas da Região do Vale do Caí, promove um Projeto chamado Envelhecimento Jovem que tem por objetivo promover o atendimento interdisciplinar humanizado a idosos, em situação de risco social, institucionalizados, incluindo ações de inclusão digital e de recreação, para favorecer a promoção da saúde e de um envelhecimento saudável.

A análise de uma única experiência, apesar de sua marca singular e contextual, pode contribuir para aumentar os recursos teórico-metodológicos no campo da avaliação de ações educativas em saúde, sobretudo com a população idosa. Os resultados podem ser parâmetros para avaliação de outras experiências, aumentando a base de conhecimento que informa programas similares (ROOTMAN ET AL., 2000).

Para tanto a pesquisadora usou como base de estudo questões como: Que reflexões e desafios podem ser apontados quanto à promoção da saúde no envelhecimento e às práticas educativas com os idosos implementados na dinâmica assistencial de um serviço de saúde? Será possível identificar as necessidades desta população no município a ser atendido por órgãos públicos?

### **1.3 APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO**

O presente estudo foi realizado no Setor Médico Adulto inserido em uma das Unidades Básicas de Saúde do município gerido pela Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro. O Setor está localizado na Rua Campos Neto nº 177, bairro Timbaúva, Montenegro RS.

A Secretaria Municipal de Saúde contava em setembro de 2018, com 294 colaboradores incluindo profissionais contratados via concurso prestado, contrato de prestação de serviço emergencial, contrato de cargos em comissão, contratos com empresas terceirizadas de prestação de serviços, e principalmente, estágios de níveis médio, técnico e superior.

Dentre o total de funcionários com vínculo empregatício com a Secretaria de Saúde do município, 25 (vinte e cinco) colaboradores atuam no Setor Médico Adulto. Destes, 07 (sete) são atendentes administrativos com contrato de estágio médio e superior e 01 (um) por contrato para cargo em comissão responsável pela Chefia do Setor. O restante corresponde a clínicos gerais e especialistas das áreas de traumatologia, nutricional, fonoaudiologia, infectologia, psiquiatria, psicologia, odontologia e ginecologia.

As UBSs são a porta de entrada preferencial do SUS. O objetivo destes Postos de Saúde é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como

emergências e hospitais. Assim é possível acolher a comunidade prevenindo, muitas vezes, enfermidades mais graves.

Os médicos que atuam nas UBSs compõem às equipes de saúde da família como enfermeiros, dentistas e agentes de saúde. Eles são, em sua maioria, especialistas em medicina da família e comunidade. Aqueles que ainda não o são, fazem, assim como os demais, curso de especialização em saúde da família para melhor atender o indivíduo.

O gestor desempenha o papel de harmonizar o trabalho da equipe multiprofissional, e a UBS deve participar ativamente dos processos de planejamento, a fim de contemplar as necessidades da população e da equipe de trabalho. A tentativa de descrever o gerenciamento em uma UBS próximo da realidade do dia a dia não existe em livros de administração. Essa tentativa é fruto de vivência e observação. Destacam os profissionais ativos na Secretaria de Saúde de Montenegro. Ressaltando ainda que estes são requisitos mínimos para obter um ambiente de trabalho humanizado para alcançar a eficiência e a eficácia.

O objetivo das UBS do município de Montenegro e, principalmente do Setor Médico Adulto, é garantir serviços mais próximos à casa dos cidadãos, na comunidade, com boa estrutura para receber bem e de forma acolhedora o paciente. No setor adulto da UBS a população tem acesso aos seguintes serviços:

- Ação de promoção, prevenção e tratamento relacionado a saúde da mulher, saúde mental, planejamento familiar, prevenção a câncer, pré-natal e cuidado de doenças crônicas como diabetes e hipertensão;

- Curativos;
- Inalações;
- Vacinas;
- Tratamento odontológico;
- Medicação básica;
- Encaminhamento para atendimento com especialistas.

A seguir a figura 1 apresenta a fachada da Secretaria de Saúde do município de Montenegro e sua principal UBS.

Figura 01: Foto Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro



Fonte: Arquivo Secretaria de Saúde (2018).

Visando o enriquecimento deste estudo, a pesquisa também foi realizada na Associação Beneficente Casa de Amparo Mão de Deus fundada em 15 de dezembro de 2009 e declarada como de utilidade pública, através do Decreto Municipal nº 5881, de 09 de dezembro de 2011.

Esta Instituição tem como finalidade servir de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e de incapazes desassistidos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, através de atividades filantrópicas de contatos educacionais, atendimento médico, social e cultural.

A Casa de Amparo Mão de Deus está localizada na Rua Coronel Adão Luiz Kauer, nº 640, bairro Santa Rita, Montenegro RS.

A Instituição contava em setembro de 2018, com 21 (vinte e um) colaboradores. Destes, um médico, duas enfermeiras, seis técnicos de enfermagem, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma recepcionista, três cozinheiras, quatro auxiliares de serviços gerais, um jardineiro e na coordenação um Presidente a frente da administração da Casa.

Os direitos da pessoa idosa foram reconhecidos e materializados nas políticas sociais brasileira com o objetivo de criar condições ara promover a longevidade

associada à qualidade de vida: Constituição de 1988, Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº8.742/93), Política Nacional do Idoso (PNI – Lei nº 8.842/94) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), sendo que através desse último é que os direitos da pessoa idosa passaram a ser fortemente difundidos, ampliados e reivindicados com prioridade. No entanto o fiel cumprimento dessas legislações ainda não é uma realidade no Brasil, pois são inúmeros os idosos que têm seus direitos violados e vivem em situação de risco social.

Frente à necessidade de oferecer uma velhice digna, igualitária com responsabilidade social, independência e autonomia a idosos em situação de risco social, e por acreditar que a inclusão social do idosos esta ligada diretamente com a questão da proteção social e garantia dos direitos, a Associação Beneficente Casa de Amparo Mão de Deus desenvolve, desde 2014, o Projeto Envelhecimento Jovem. Este por sua vez, vem contribuindo para a transformação da realidade local, promovendo uma nova consciência social e valorização deste segmento da população, tão importante e digno de atenção e cuidados.

Figura 02: Foto da Casa de Amparo Mão de Deus de Montenegro



Fonte: Arquivo Casa de Amparo Mão de Deus



## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo serão apresentadas algumas abordagens a serem observadas pelos profissionais da área da Administração, visando criar ações para atender ao que precisam pessoas idosas para atender suas expectativas de vida. Este estudo considerou as referências bibliográficas existentes, destacando-se a Pirâmide de Necessidades Humanas conceituadas por Abraham Maslow mencionado por Chiavenato (2004) e Marras (2000), e o papel da Administração Pública em relação às Políticas Públicas e o Estatuto do Idoso, em vigor.

### **2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

A administração pública se refere ao aparelho estatal, ou seja, ao conjunto formado por um governo e seus agentes administrativos, regulado por um ordenamento jurídico (BRESSER PEREIRA, 1995), que consiste no conjunto das normas, leis e funções existentes para organizar a administração do Estado em todas as suas instâncias e tem como principal objetivo o interesse público, seguindo os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 2015, art. 37).

As organizações privadas buscam o lucro financeiro e formas de garantir a sustentabilidade do negócio. A administração pública busca gerar valor para a sociedade e formas de garantir o desenvolvimento sustentável, sem perder de vista a obrigação de utilizar os recursos de forma eficiente. A atividade pública é financiada com recursos públicos, oriundos de contribuições compulsórias de cidadãos e empresas, os quais devem ser direcionados para a prestação de serviços públicos e a produção do bem comum. A atividade privada é financiada com recursos de particulares que têm legítimos interesses capitalistas.

A administração pública tem como destinatários de suas ações cidadãos, sociedade e partes interessadas, demandantes da produção do bem comum e do desenvolvimento sustentável. A iniciativa privada tem como destinatários de suas ações os “clientes” atuais e os potenciais. O conceito de partes interessadas no âmbito da administração pública é ampliado em relação ao utilizado pela iniciativa privada, pois as decisões públicas devem considerar não apenas os interesses dos grupos mais diretamente afetados, mas, também, o valor final agregado para a

sociedade. A administração pública tem o poder de regular e gerar obrigações e deveres para a sociedade, assim, as suas decisões e ações normalmente geram efeitos em larga escala para a sociedade e em áreas sensíveis. O Estado é a única organização que, de forma legítima, pode definir unilateralmente obrigações em relação a terceiros.

A administração pública no Brasil passou por três fases: a fase patrimonialista (durante a era do Império), burocrática (na era Vargas) e gerencial (fase mais recente que está sendo implementada). E, se resume a gestão dos interesses públicos por meio da prestação de serviços públicos, buscando sempre atender as necessidades da sociedade.

## **2.2 PAPEL DO ADMINISTRADOR PÚBLICO**

Um indivíduo que trabalha na administração pública é conhecido como gestor público, e tem uma grande responsabilidade para com a sociedade e nação, devendo fazer a gestão e administração de matérias públicas, de forma transparente e ética, em concordância com as normas legais estipuladas.

O papel do administrador público, na evolução político-administrativa brasileira, sempre apresentou extrema relevância para o cenário socioeconômico, apesar dos regimes e métodos de gestão adotados ao longo dos anos. Porém, em momento algum o papel do gestor público, deixou de estar vinculado à participação da sociedade, a boa-governança e a ética.

Está sob as responsabilidades de um Administrador Público zelar pelo patrimônio público, criar métodos e técnicas de organização e de administração do trabalho de acordo com as necessidades da seção, evitar gastos desnecessários, excedente ou falta de funcionários, falhas de comunicação ou problemas de desperdício, traçar estratégias e métodos de trabalho nas mais variadas áreas sempre relacionadas com o setor público, coordenar os investimentos e controlar o capital, além de fiscalizar todo o movimento comercial e financeiro da empresa pública, realizando todas essas funções com o objetivo de manter o pleno funcionamento dos serviços ou repartições públicas em que trabalha.

No que se refere aos gestores de saúde, estes deverão adquirir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades para desenvolver as pessoas e levá-las a realizar a contento suas responsabilidades no atendimento à

população, ao paciente e à família. O bom andamento dos acontecimentos corre em paralelo às atividades assistenciais e às reuniões administrativas de equipe. É preciso estar a par do diagnóstico da comunidade e do epidemiológico, visando à definição da necessidade da população em relação aos assuntos que requerem planejamento e execução das atividades educativas, assistenciais e gerenciais. São condições imprescindíveis ao profissional que for gerenciar uma UBS de Saúde:

- a) saber lidar com uma quantidade de acontecimentos inesperados com usuários na UBS ou no domicílio;
- b) relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais;
- c) estar a par de procedimentos médicos assistenciais;
- d) intermediar possíveis conflitos em situações interrelacionais.

Pode-se destacar o Artigo 3º da Lei nº 4.769 de 09 de setembro de 1965 que regula o Exercício da Profissão do Administrador.

Art. 3º O exercício da profissão do Administrador é privativo:

a) dos bacharéis em Administração Pública ou de Empresas, diplomados no Brasil, em cursos regulares de ensino superior, oficial oficializado ou reconhecido, cujo currículo seja fixado pelo Conselho Federal de Educação, nos termos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

b) dos diplomados no exterior, em cursos regulares de Administração, após a revalidação do diploma no Ministério da Educação, bem como dos diplomado, até a fixação do referido currículo, por cursos de bacharelado em Administração, devidamente reconhecidos;

c) dos que, embora não diplomados nos termos das alíneas anteriores, ou diplomados em outros cursos superiores e de ensino médio, contem, na data da vigência desta Lei, cinco anos, ou mais, de atividades próprias no campo profissional de Administrador definido no art. 2º.

### **2.2.1 Políticas Públicas para atender Idosos**

A velhice é um processo pessoal, natural e inevitável, para qualquer ser humano, na evolução da vida. Nessa fase ocorrem mudanças biológicas, como o aparecimento de rugas e progressiva perda da elasticidade e viço da pele e diminuição da força muscular; mudanças psicossociais, como consciência da aproximação do fim da vida, declínio no prestígio social, acúmulo de experiências,

mudanças funcionais, como a necessidade cotidiana de ajuda para desempenhar as atividades básicas, além de transformações socioeconômicas e políticas.

Durante a terceira idade, ocorre a oitava e última crise do ciclo de vida, que é a integridade do ego versus desespero. Nessa crise, os idosos precisam avaliar, recapitular e aceitar suas vidas para que possam aceitar a chegada da morte. Eles lutam para obter um senso de coerência e integridade ao invés de entregarem-se ao desespero pela incapacidade de viver a vida de maneira diferente. As pessoas que são bem sucedidas nessa última tarefa conseguem desenvolver uma virtude, que é a sabedoria, “uma preocupação informada e desapegada com a própria vida em face da própria morte” (Erikson, 1985, p.61).

Em todo o mundo, o contingente de pessoas da terceira idade tem crescido rapidamente. Dessa forma, políticas públicas de proteção ao idoso têm sido desenvolvidas com o intuito de garantir o cumprimento dos direitos e interesses desta população, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida.

Com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, foram criadas algumas políticas públicas. Primeiramente, é necessário ressaltar o que compreende o termo “políticas públicas”. Estas se constituem por ações, programas, projetos, regulamentos, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais, abrangendo e organizando a dimensão coletiva de uma determinada sociedade.

Existem dispositivos legais que têm por objetivos nortear ações sociais e de saúde, garantir os direitos das pessoas idosas e obrigar o Estado a proteger os mesmos. Entre eles, destacam-se o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O artigo terceiro do Estatuto do Idoso (2006) cita que:

Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; III - destinação privilegiada de recursos

públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso [...] (ESTATUTO DO IDOSO, 2006, p. 8)

Dessa forma, o idoso tem garantido seus direitos, e, principalmente, tem a preferência no atendimento em órgãos públicos e privados e na execução de políticas públicas específicas, considerando que a população idosa constitui público alvo dessas políticas. A Constituição Brasileira de 1988 foi a primeira a tratar o idoso e a velhice como um problema social, indo além da assistência previdenciária e assegurando a proteção na forma de assistência social.

A Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei 8.842/94, regulamentada em 3/6/96 através do Decreto 1.948/96, amplia significativamente os direitos dos idosos. Está norteada por cinco princípios:

1. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

2. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;

3. O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

4. O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;

5. As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.

Analisando estes princípios, percebe-se que a lei garante uma renda e também vínculos relacionais e de pertencimento que assegurem mínimos de proteção social aos idosos, objetivando a participação, emancipação e construção da cidadania e de um novo conceito social para a velhice.

Existe um benefício de 01 (um) salário mínimo mensal pago às pessoas idosas com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, conforme o estabelecido no Art. 34 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - o Estatuto do Idoso, e às pessoas portadoras de deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho. Este benefício intitula-se de Benefício de Prestação Continuada (BPC) e para ter acesso a ele, o idoso deve comprovar que possui 65 (sessenta e cinco) anos ou mais e que o total de sua renda mensal e dos membros de sua família, dividido pelos integrantes, seja menor que 1/4 (um quarto) do salário mínimo vigente. A

requisição é feita nos Postos de Benefícios do INSS ou órgãos credenciados por ele. Essa é uma política pública direcionada aos idosos que tem como objetivo garantir-lhes um sustento na forma de um salário mínimo por mês.

Outra política pública que tem como público alvo os idosos é o SUS (Sistema Único de Saúde), no qual a Psicologia se insere no contexto da Psicologia da Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Segundo o Estatuto do Idoso, a população idosa tem atendimento preferencial no SUS. A distribuição de remédios aos idosos, principalmente os de uso continuado (hipertensão, diabetes etc.), deve ser gratuita, assim como a de próteses e órteses. Foi criada também a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cuja finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da população idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, concordando com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A PNSPI fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, conforme determinam a Lei Orgânica de Saúde nº. 8080/90\* (Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral) e a Lei nº. 8842/94, regulamentada pelo Decreto nº. 1948/96, que assegura os direitos dos idosos e busca criar condições para a promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. Cabendo ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo. Isso pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

A saúde da pessoa idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a

interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

### **2.2.1.1 Diretrizes**

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice.

Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006):

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;

- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

### **2.2.2 Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável**

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

O foco central da PNSPI (2006, p.3) é,

*“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade”.*

Porém, sabe-se que a efetivação de uma política pública, necessita de uma atitude ética, consciente e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de maneira saudável. Estado, profissionais da saúde, psicólogos, idoso e a sociedade em geral, todos são corresponsáveis por esse processo.

Segundo Otto (1987), o idoso tem perda de até 5% da capacidade física a cada 10 anos e pode recuperar 10% através de atividades físicas adequadas. Estas atividades também atuam como antidepressivos, sendo benéficos para todas as idades e sexos. A recreação é uma alternativa para adaptar-se melhor a esta fase, a participação é coletiva, estimula a solidariedade, é através do jogo e da dança que o idoso diminui as tensões, angústias, faz amigos e se diverte. É uma atividade alegre



que o faz esquecer do dia a dia, buscar a socialização e gostar de estar com pessoas da mesma idade.

Sendo assim, algumas necessidades notadas por meio de alguns contatos com a instituição e diretamente com os participantes da pesquisa, e equipe técnica do Programa do Idoso, é possível perceber, que o idoso que integrado às atividades tem muita vontade de aprender informática, pois assim se sente mais próximo das tecnologias. Quando questionados quanto a algum tipo de incentivo, a constatação foi de que sempre começa, mas quando o projeto é encerrado eles não aprenderam muito.

Outra necessidade que foi notada na pesquisa é que eles se sentem mal tratados em relação ao atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde), e sentem que não conseguem fazer nada para melhorar. Alguns idosos do programa também relataram que sentem vontade que sentem necessidade de mais palestras oferecidas sobre qualidade de vida, bailes, bingos, enfim, eventos que todos da família pudessem participar.

Assim sendo, a proposta de intervenção, é possibilitar aos idosos um momento de atividades sociais, onde eles possam conversar sobre esses aspectos que são um pouco esquecidos; falar sobre sua vida afetiva, sobre seus gostos.

### **2.2.3 O idoso sob uma perspectiva social**

Ao longo dos tempos, estudiosos e pesquisadores definiram alguns parâmetros para caracterizar a velhice. Durigan & Queiroz, (2005, p. 114) a define como “um conceito genérico e abstrato em que estão incluídas pessoas com 60 anos ou mais” que passou a existir a partir do século XVII, com a inauguração da ciência do evolucionismo.

Nesse sentido, Costa (1998) argumenta que, por estar inserido num campo de valores, ainda é um tema muito difícil de ser encarado, seja para os mais jovens ou para o próprio idoso, que, na maioria das vezes, passa a se sentir inútil ao perceber suas capacidades físicas diminuídas, sua saúde fragilizada a ponto de não conseguir mais definir um papel social que permita preservar a sua própria imagem de cidadão cumpridor de seus deveres.

Ainda conforme Costa (1998, p. 19), os filósofos já falavam da velhice. Um deles, Demócrito de Abdera, disse ainda: “Velhice é mutilação total: tudo tem e de

tudo é carente”. Esse julgamento rigoroso, essa visão unilateral que vem desde a antiguidade, faz com que o idoso seja visto por ele mesmo como atrasado, nostálgico, maçante e de muitas outras maneiras negativas; não se dando nem mesmo o direito de buscar situações novas, é comum ouvir o idoso dizer “sou velho demais para fazer coisas novas” (COSTA, 1998, p.19-20).

#### **2.2.4 Estatuto do Idoso**

O envelhecimento da população brasileira e a maior longevidade das pessoas idosas são, sem dúvida, um novo desafio que, também, aponta novas perspectivas de vida. Longe de ser frágil, a maioria das pessoas idosas mantém-se em boas condições físicas, realizam as tarefas do cotidiano e contribuem com suas famílias.

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A garantia desses direitos está determinada na legislação com o advento do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 –, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira. Este amplia, aprimora e define medidas de proteção às pessoas com 60 anos de idade ou mais.

O referido estatuto considera como direito individual e social a vida, assim como o envelhecimento, e força o Estado a garantir ao idoso a proteção à vida e à saúde, por meio de implementação de políticas sociais públicas que assegurem envelhecimento saudável e digno. Sabemos que a realidade ainda não é essa e que são muitos os idosos em situação de miserabilidade, desprovidos de tal proteção capaz de lhes assegurar a manutenção das necessidades básicas de vida.

##### **2.2.4.1 Do Direito à Saúde**

Após mais de sete anos de intenso debate entre a Câmara dos Deputados e representantes da sociedade, o referido estatuto foi promulgado. Confirmando e sistematizando o conjunto de regras já vigentes sobre o tema, este veio garantir, na especificidade, os direitos fundamentais da pessoa idosa, principalmente no que se refere às suas condições de saúde, dignidade e bem-estar.

Segundo o art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I - cadastramento da população idosa em base territorial;

II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2.º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3.º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4.º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contatado em tempo hábil;

III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objetos de notificação compulsória pelos serviços públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

I - Autoridade policial;

II - Ministério Público;

III - Conselho Municipal do Idoso;

IV - Conselho Estadual do Idoso;

V - Conselho Nacional do Idoso.

§ 1.º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

§ 2.º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no caput deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

### **2.3 ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS**

A maneira como as pessoas são vistas dentro da organização passou por uma série de mudanças, passando de simples funcionário para parceiros das organizações, além disso, ainda, estes passaram a buscar objetivos que vão além da remuneração, buscam satisfação das necessidades, reconhecimento e crescimento profissional, diante disso é necessário que haja uma sintonia entre

ambas as partes. Para que esta relação seja saudável é necessário que a organização saiba lidar com a administração de pessoal.

A gestão de pessoas evolui a partir do momento que evidenciou a importância das pessoas na organização. Ao longo do século XX – industrialização clássica e neoclássica e a era da informação foram manifestadas de diferentes maneiras e práticas para se lidar com as pessoas na organização, cada uma ajustada aos padrões, à mentalidade da época, às necessidades da organização. A ARH passou por três etapas distintas: relações industriais, recursos humanos e gestão de pessoas (CHIAVENATO, 2004, p. 42).

Contudo, em 1945 surge, à luz do Behaviorismo, os primeiros estudos sobre liderança, autocratismo, democracia no trabalho e motivação humana. É nesse cenário que começa a ser valorizada a função de “cuidar pessoas”. A função até então de terceiro escalão, de chefe pessoal, ganha o status de gerência (MARRAS, 2011, p. 8).

Na industrialização clássica surgem os antigos departamentos de pessoal e posteriormente, os departamentos de relações industriais. Os departamentos de pessoal eram órgãos destinados a fazer cumprir as exigências legais à respeito do emprego: admissão através do contrato individual, anotação em carteira de trabalho, contagem de horas trabalhadas para efeito de pagamento, aplicação de advertências e medidas disciplinares pelo não cumprimento do contrato e contagem de férias, etc (CHIAVENATO, 2004, p. 41).

Para Mascarenhas e Vasconcelos (2006), o modelo de gestão de pessoas é um conceito amplo que diz respeito à maneira como os indivíduos se estruturam para orientar e gerenciar o comportamento humano do ambiente organizacional. Esse conceito incorpora aspectos políticos, ideológicos, sociais e comportamentais. Chiavenato (2004, p. 6), define Gestão de Pessoas como “conjunto de políticas e práticas necessárias para produzir os aspectos da posição gerencial relacionados com as pessoas ou recursos humanos, incluindo recrutamento, seleção, treinamento, recompensas e avaliação de desempenho”.

A administração de pessoas consiste em uma série de decisões integradas que formam a realização do trabalho, juntamente com a qualidade influenciada diferentemente da capacidade da organização e de seus empregados atingirem suas metas e objetivos proporcionando um crescimento para a empresa, (MILKOVICH; BOUDREAU, 2000, P.19).

As diferentes mudanças no conjunto de responsabilidades inerentes à função pessoal, ocupante dessa posição, como era de se esperar, também sofre uma evolução natural no desenvolvimento do perfil profissional e cultural, de forma a poder acompanhar as mudanças exigidas a cada nova fase do trabalho (MARRAS, 2011, p. 15).

### **2.3.1 Gestão de Pessoas no Setor Público**

A gestão de pessoas não pode ser vista de forma isolada dos outros subsistemas de gestão que existe em qualquer organização. Os resultados obtidos dependem em boa medida do comportamento das pessoas no trabalho. Se esse comportamento atende de forma adequada os objetivos organizacionais, as probabilidades de sucesso são maiores. Acredita-se que tanto no setor privado como no setor público, as pessoas fazem a diferença.

Em relação à Gestão de Pessoas no setor público Bergue (2014), afirma que não é atribuição de uma área, mas de todos os agentes públicos. Também não se restringe aos gestores, mas a cada membro da equipe. Isso porque a compreensão da gestão não pode ser reduzida ao modelo mecanicista, de inspiração taylorista, baseado na divisão do trabalho (líderes e liderados) e na sua especialização de conhecimentos e tarefas (competências para chefiar e competências para executar atividades de trabalho), no exercício da autoridade assentada na hierarquia.

A gestão de pessoas é um exercício colaborativo, de compartilhamento de saberes, e que se traduz em uma relação de mútuo envolvimento com os propósitos da equipe e da instituição em sentido mais amplo.

As pessoas constituem o principal ativo das organizações e, diante disso, há uma necessidade de tornar as organizações mais conscientes e atentas para seus funcionários. As organizações de sucesso estão percebendo que para haver crescimento, devem aperfeiçoar o retorno sobre os investimentos de todos os seus parceiros, especialmente os empregados. A Gestão de Pessoas é a função que permite a colaboração eficaz das pessoas, para alcançar os objetivos organizacionais e individuais.

Os indivíduos podem ser a fonte de sucesso ou também, dependendo de como são tratados, podem causar problemas às organizações, por isso é necessário

que as pessoas sejam tratadas como elementos básicos para a eficácia organizacional (CHIAVENATO, 2004, p. 10).

### **2.3.2 Desenvolvimento Humano e Motivacional**

Segundo Chiavenato (2004, p.63) “para compreender o comportamento das pessoas, torna-se necessário um mínimo de conhecimento sobre a motivação humana”. De modo geral, motivo é tudo aquilo que impulsiona as pessoas a agir de determinada forma ou, pelo menos, que dá origem a uma propensão a um comportamento específico.

As pessoas são diferentes no que tange a motivação: as necessidades variam de indivíduo para indivíduo, produzindo diferentes padrões de comportamento, os valores sociais também são diferentes: as capacidades para atingir os objetivos são igualmente diferentes; e assim por diante. “Para complicar ainda mais, as necessidades e os valores sociais, as capacidades variam no mesmo indivíduo conforme o tempo” (CHIAVENATO, 1998, p. 76).

Embora algumas atividades aconteçam sem motivação, praticamente todos os comportamentos conscientes são motivados ou possuem uma causa. Não é necessário motivação para que o cabelo cresça, mas sim para cortá-lo. Eventualmente qualquer um adormece sem motivação, mas ir dormir é uma ação consciente que requer motivação. O trabalho do gerente é identificar os impulsos e as necessidades dos empregados, canalizando o comportamento deles para o desempenho das tarefas (DAVIS; NEWSTRON, 1992, p. 46).

As pessoas motivadas pelo poder, se tornam excelentes administradores caso suas necessidades sejam de poder institucional em lugar de poder pessoal. Poder institucional é a necessidade de influenciar os comportamentos dos outros para o bem de toda organização. Em outras palavras essas pessoas procuram o poder através de meios autênticos e ascende a posição de liderança por meio do sucesso e do desempenho, sendo por isso aceita pelos outros. Todavia, caso as necessidades de poder sejam do tipo pessoal, estes indivíduos tendem a ser um líder organizacional mal sucedido.

Para Bergamini (1997, p. 89) “todo comportamento motivacional só existe em função de um estado interior de carência”. Portanto, quanto maior for o estado,

maior será a motivação vigente, fazendo, assim, com que a necessidade seja sinônimo de motivação e quanto maior a necessidade, maior a motivação.

Contudo, existem várias situações na vida das pessoas relacionadas ao trabalho que podem contribuir para a ausência da motivação, assim como a perda, o fracasso, a falta de comprometimento, o fato de não haver retornos financeiros esperados. Através dos estudos realizados, pode-se perceber que todos os conceitos apresentados estão interligados mostrando que a motivação é individual e específica e que pode ser afetada por diversas situações do cotidiano do indivíduo.

### **2.3.3 Diversidade Cultural**

Partimos do princípio de que todo ser humano tem sua cultura e a promove na medida em que se comunica com o outro. Consideramos que a cultura das pessoas menos escolarizadas é rica em sabedoria popular, brotada do senso comum, da intuição, que é a origem do conhecimento erudito.

Ao buscar compreender a identidade cultural de pessoas com mais de sessenta anos, é possível refletir sobre a educação, bem como os mecanismos internalizados e as contribuições que nos trouxeram. Sabe-se que uma grande parte dessa geração não possuía conhecimento escolarizado devido à política, ao sistema de exclusão, e ao fato de que a cultura da época não valorizava esse tipo de conhecimento, uma vez que a leitura e a escrita eram privilégios de poucos.

Quando o Ministério da Cultura assumiu, desde 2003, o compromisso de valorizar, divulgar, apoiar e reconhecer a diversidade cultural brasileira em todos os seus aspectos, tal como preconiza a Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais, adotada pela UNESCO e promulgada no Brasil em 2007, incluiu dentre suas prioridades a cultura da pessoa idosa.

Estendendo esta ação para uma perspectiva de saúde, de bem-estar da sociedade por meio da cultura, a questão da cultura dos idosos é transversal a todas as ações, e merece ser fortalecida nas políticas públicas de cultura. A cultura tem demonstrado ser um dos fatores que mais facilitam a interação pacífica entre os diferentes grupos e excelente canal para trazer maior visibilidade às ações desenvolvidas.

No momento em que a sociedade discute o reconhecimento da cultura como um direito social constitucional, é importante destacar que é papel da sociedade



estimular a participação do idoso no processo da construção e da implementação das políticas que atendam às suas necessidades, uma vez que o Estatuto do Idoso lhe assegura o papel de protagonista.

Pessoas idosas podem e devem ser produtivas, criativas, saudáveis, felizes além de levarem alegria, responsabilidade e resultado para o seu meio. Ações voltadas para esse grupo etário, pode modificar a compreensão dos fenômenos da velhice e do envelhecimento, trazendo à consciência coletiva uma nova visão sobre a velhice, minimizando atitudes de preconceito e ampliando a compreensão para um melhor respeito pelo direito do idoso na sociedade, garantindo-lhes o direito de cidadania.

Além disso, atividades culturais podem ter seu reconhecimento e visibilidade ampliados assim como a identidade da pessoa idosa, contribuindo para a redução da vulnerabilidade desse grupo etário e para a elevação de sua autoestima e melhoria de sua qualidade de vida.

#### **2.3.4 Envelhecimento e Poder**

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude do envelhecimento da população mundial, sem precedente na história. A longevidade com qualidade de vida está em cena do debate contemporâneo, por ser um horizonte em vista do qual se poderá considerar o aumento da expectativa de vida como valiosa conquista humana e social.

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999).

Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

Viver, mais e bem, é um ideal intimamente relacionado à saúde em sua apreensão mais ampla como potencial de satisfação das aspirações humanas. É

nessa linha que a temática da promoção do envelhecimento saudável hoje se coloca não só para a atenção ao idoso, mas para as práticas de saúde em geral. Um olhar sobre a velhice e a saúde do idoso é um ponto inicial a partir do qual se busca refletir sobre este ideário e sua articulação, com questões atuais relacionadas à promoção da saúde.

Envelhecer é um processo universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais. Embora se reconheça um conjunto de traços típicos do envelhecimento humano, como cabelos brancos, pele enrugada, diminuição do vigor, dentre outras alterações morfológicas, orgânicas e funcionais identificadas como senescência (Filho, 1997), trata-se de uma experiência extremamente diversificada entre os indivíduos.

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinquenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições socioeconômicas, culturais e históricas. Velhice é, portanto, um fato biológico que atravessa a história, mas cujo destino varia segundo o contexto social (Ferrari, 1999).

Para as autoras Neri e Cachioni (1999):

*O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico. (Neri e Cachioni, 1999 p. 121).*

As autoras afirmam as possíveis variações em sua concepção e vivência conforme tempos históricos, culturas, classes sociais, histórias de vida pessoais, condições educacionais, estilos de vida, gêneros, profissões e etnias, dentre outros, considerando velhice e envelhecimento como realidades heterogêneas.

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, agravadas em sociedades excludentes e desiguais, a saúde ocupa um lugar estratégico pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos e por ser alvo de estigmas e preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice.

A perda da saúde associada à decadência física é uma das insígnias que sustentam a concepção de velhice como fase do ciclo de vida marcada por decadência inexorável. De modo similar ao autor citado, Lazaeta (1994) afirma que para esta visão contribuiu o próprio modelo médico tradicional ao definir o envelhecimento em termos de déficit e involução. Entretanto, em que pese o desgaste dos anos, velhice não é igual à doença e incapacidade e é possível controlar problemas de saúde comuns nessa etapa através de assistência adequada.

A representação negativa normalmente associada ao envelhecimento tem como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Conforme Scrutton (1992), no imaginário popular de saúde na idade avançada, reforçado pela própria medicina, velhice é associada com crescente mal-estar, doença e dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase. São exemplos:

*(...) perda de energia e controle pessoal; necessidade significativamente maior para descanso; longos e crescentes períodos de adoecimento; permanente experiência de dor e desconforto; crescente imobilidade; gradual perda de controle e responsabilidade; incontinência, com resultante perda de dignidade e auto-respeito; crescente confusão; e, por fim, a mais temível condição de todas, a senilidade. (Scrutton, 1992, p. 10).*

A distinção entre velhice e patologia e a possibilidade de diminuição da ocorrência de incapacidades em idosos, através da provisão de serviços de saúde e de bens e serviços essenciais para a qualidade de vida, foi afirmada no Brasil, nos anos 90, na Declaração de Brasília sobre Envelhecimento (1996). De acordo com o Documento:

*O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que frequentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.*

A observação de padrões diferenciados de envelhecimento e a busca por compreender os determinantes da longevidade com qualidade de vida têm motivado estudos na linha de compreensão do que constituiria o bom envelhecer. Nesse leque

de possibilidades, pensar no bom envelhecimento, ou seja, envelhecimento bem sucedido, exitoso, produtivo, ativo, tem sido uma forma de reação à associação entre velhice e inatividade.

Dessa forma, o envelhecimento bem sucedido gira em torno de três fatores importantes: baixa probabilidade de doença e de incapacidade doença-relacionada, alta capacidade funcional física e cognitiva, e engajamento ativo com a vida. Envelhecimento bem sucedido é mais que ausência de doença e manutenção da capacidade funcional, é a sua combinação com o engajamento ativo com a vida que representaria o conceito mais amplo de velhice bem sucedida.

### 2.3.5 Pirâmide de Necessidades Humanas

#### O que Pessoas Idosas Realmente Necessitam?

Antes de responder diretamente a esta questão, penso que seja importante fazer uma pequena reflexão e colocar a questão para si própria, pois todos nós seguindo um ciclo de vida dito normal, iremos alcançar esta fase da vida que é tão importante como qualquer outra fase.

*Abraham Maslow*, Professor de Psicologia Americano mencionado por Chiavenato (2004) apresentou a Hierarquia de Necessidades Humanas em forma de pirâmide, com o nível das necessidades fisiológicas (básicas) na base como o nível primordial e no topo o nível das necessidades de autorrealização.

Para passar para o nível seguinte é preciso que as necessidades desse mesmo nível sejam satisfeitas, ou seja, sendo o nível das necessidades fisiológicas a base da pirâmide é fundamental que essas mesmas necessidades sejam satisfeitas para poder passar para o próximo patamar, definidas num conjunto de cinco necessidades:

- 1- As **necessidades fisiológicas (básicas)** são os requisitos para a sobrevivência humana e, caso não sejam satisfeitos, o corpo humano não consegue continuar a funcionar. Tais como: a fome, a sede, o sono, o sexo, a excreção, o abrigo.
- 2- As **necessidades de segurança** surgem com as necessidades fisiológicas relativamente satisfeitas. Vão da simples necessidade de sentir-se seguro dentro de uma casa às formas mais elaboradas de segurança como um emprego estável, um plano de saúde ou um seguro de vida, ou seja, as

necessidades de segurança incluem: a segurança pessoal; a segurança financeira; a saúde e bem-estar e uma rede de seguros contra acidentes e/ou doença.

- 3- As **necessidades sociais (de amor e de pertença)** surgem após as necessidades anteriores (fisiológicas e segurança) estarem preenchidas. Os humanos precisam sentir que pertencem a algo e de aceitação, tais como de pertencer a um grupo social vasto: clube, religião, cultura, (...) ou fazer parte de um grupo com ligações mais restritas: membros familiares, mentores, colegas, parceiros íntimos, (...). Contudo, esta necessidade de pertença pode, muitas vezes, superar as necessidades fisiológicas e de segurança dependendo da intensidade da influência do grupo.
- 4- As **necessidades de estima**, onde todos os seres humanos têm a necessidade de serem respeitados e de terem autoestima e auto respeito. A estima representa o desejo normal do ser humano de ser aceito e valorizado pelos outros e passam por duas vertentes: o reconhecimento das nossas capacidades pessoais e o reconhecimento dos outros, face à nossa capacidade de adequação às funções que desempenhamos.
- 5- As **necessidades de autorrealização**, o indivíduo procura tornar-se aquilo que ele pode ser, e isto forma a base da necessidade de procura por autorrealização. Este último nível refere-se ao potencial máximo da pessoa e à consciência desse mesmo potencial, em que Maslow descreve este desejo como o desejo de se tornar coerente com aquilo que é na realidade e de se tornar tudo o que é capaz de ser.

### 2.3.6 Marketing para Idosos

É na chamada terceira idade que a grande maioria dos brasileiros espera poder aproveitar melhor seu tempo livre. Dentre suas atividades de lazer preferidas, destacam-se as saídas para fazer compras. No entanto, algo que parece ser tão simples e prazeroso muitas vezes acaba por torna-se algo não tão divertido.

Uma pesquisa realizada pelo Serviço de Proteção ao Crédito – SPC e Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas – CNDL (2016), mostrou que 67% dos idosos são os únicos decisores sobre as compras que fazem, mas três em cada dez (34%) afirmam que sentem falta de produtos direcionados para a terceira idade.

Sua insatisfação vai além da falta de produtos para pessoas acima de 60 anos, como roupas adequadas, aparelhos de fácil manuseio ou ainda locais adequados de lazer. Destacam que o atendimento de muitas empresas acaba por dificultar seu entendimento quanto ao produto ou serviço oferecido, isto é, muitas vezes a informação não é clara como em um rótulo, por exemplo, onde há a ausência de clareza nas informações que ali constam, além de muitas vezes a informação ser difícil até mesmo de ser lida.

Este é um público autônomo nas decisões de uso do seu dinheiro e estão sinalizando a insatisfação com a falta de produtos para atender suas necessidades, logo, o que é possível constatar diante dessa pesquisa, é que o mercado precisa se preparar e conhecer cada vez melhor as especificidades deste consumidor, uma vez que, trata-se de uma população em crescimento e que se bem atendida poderá representar alta lucratividade para a empresa que se empenhar em suprir tais necessidades.

### **3 MÉTODO DE PESQUISA**

Este capítulo apresenta a classificação da pesquisa, quanto aos métodos utilizados, população e amostra, procedimentos técnicos e análise dos dados. A seguir, a fim de atender aos objetivos propostos, estão descritos os procedimentos metodológicos que foram usados neste trabalho.

De acordo com Bervian, Cervo e Da Silva. (2007, p. 27) “método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um certo fim ou um resultado desejado”. Logo, método de pesquisa consiste nos vários processos utilizados na busca de informações sobre a realidade com o intuito de demonstrar a verdade.

Ressalta-se que este estudo foi quanto à abordagem uma pesquisa quali-quantitativa, quanto ao objetivo, pesquisa exploratória descritiva e, em relação aos procedimentos técnicos, uma pesquisa bibliográfica documental.

#### **3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Para Cervo e Bervian (2003, p. 63) “a pesquisa parte de uma suposição ou problema para o qual usando o método científico se busca a resposta ou solução”. No que diz respeito ao delineamento da pesquisa, Gil (2009 p. 43) estabelece que “refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla envolvendo tanto a diagramação quanto a previsão de análise e interpretação de coletas de dados, entre outros aspectos”.

##### **3.1.1 Conceito de Métodos**

A escolha dos métodos e técnicas é de fundamental importância para uma pesquisa científica, pois é por meio delas que são estabelecidos os parâmetros que permitem que os objetivos propostos em um projeto sejam alcançados e o problema levantado seja esclarecido. “O método consiste em uma série de regras com a finalidade de resolver determinado problema ou explicar um fato por meio de hipótese ou teorias que devem ser testadas experimentalmente e podem ser provadas ou refutadas”. (MARCONI; LAKATOS, 2008, p. 253).

Seguindo a linha do pensamento de Diehl e Tatim (2004, p. 47) a metodologia pode ser definida como “o estudo e a avaliação dos diversos métodos com o propósito de identificar possibilidades e imitações de âmbito de aplicação no processo de pesquisas”. De acordo com Cerro e Bervian (2003, p. 23) o método de pesquisa é “a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir no seu final, um resultado desejado, um método depende fundamentalmente do objeto da pesquisa”.

### **3.2 ABORDAGEM**

A abordagem se divide em quantitativa e qualitativa. É, basicamente, uma metodologia que busca conceituar diversas ciências no que se refere a determinado objeto de pesquisa. Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Neste estudo, estas abordagens foram os instrumentos que propiciarão a aproximação com a realidade observada.

#### **a) Quantitativa**

A partir do conceito básico de Diehl e Tatim (2004, p. 51), a pesquisa quantitativa “revela dados de uso da quantificação tanto na coleta quanto no trabalho das informações, possibilitando uma margem de segurança melhor”; Quanto ao procedimento técnico foi por meio de levantamento de dados.

#### **a) Qualitativa**

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 30) “o enfoque qualitativo utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias”. Dessa forma, com o intuito de melhor analisar os processos da empresa estudada e compreender seu funcionamento, considerou-se a abordagem qualitativa a mais adequada.

Neste estudo, a pesquisa foi tipo quali-quantitativa, pois conseguiu apresentar dados sobre o perfil do idoso e suas diferentes necessidades.



### **3.3 OBJETIVO**

O presente estudo teve como objetivo identificar as necessidades dos idosos no município de Montenegro no que se refere à saúde pública, ou seja, às necessidades que estes precisam que sejam atendidas, assim como a percepção das pessoas próximas, referente aos atendimentos prestados pela Secretaria de Saúde do município, por meio da pesquisa exploratória e descritiva.

#### **3.3.1 Pesquisa Exploratória**

O objetivo desta pesquisa foi exploratório, assim visou a familiarização com o fenômeno, de modo a identificar uma nova perspectiva do ambiente, para que fosse possível elaborar novas ideias. De acordo com Marconi e Lakatos (2008, p. 71) pesquisas exploratórias “são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema”. Logo, o intuito da pesquisa exploratória foi analisar a empresa com a finalidade de elaborar dados.

#### **3.3.2 Pesquisa Descritiva**

A pesquisa descritiva por sua vez, “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” Gil (2009, p. 42). O intuito deste tipo de pesquisa é descobrir, de maneira mais precisa, a frequência com que determinado fenômeno ocorre, assim como suas características e natureza, porém sem manipular esse dados. Além disso, uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como: questionário, entrevista semiestruturada, observação sistemática, dentre outras.

### **3.4 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE PESQUISA**

São inúmeros os tipos de pesquisa. Considerando que cada busca investigativa permite níveis diferentes de aprofundamento conforme o objeto de estudo, é natural que cada tipo de pesquisa, possua suas próprias individualidades.

Neste trabalho foram utilizadas a pesquisa bibliográfica por meio da busca de apoio referencial em diversas obras bibliográficas, e foi documental, pois a pesquisadora buscou junto às legislações da área de saúde, os aspectos legais para atuação de ações em prol das pessoas idosas.

### **3.4.1 Pesquisa Bibliográfica**

A pesquisa bibliográfica consiste em explicar um problema com base em referências teóricas em artigos, livros, teses e dissertações. O objetivo deste tipo de pesquisa é conhecer melhor e ainda poder analisar contribuições culturais e/ou científicas do passado no que se refere a determinado tema. De acordo com Cervo e Bervian (2007, p.61) a pesquisa bibliográfica “é meio de formação por excelência e constitui o procedimento básico para os estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do estado da arte sobre determinado tema”.

### **3.4.2 Pesquisa Documental**

Há ainda a pesquisa documental que também consiste em uma das subdivisões da pesquisa descritiva. Nesta, “são investigados documentos com o propósito de descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características”, conforme Cervo e Bervian (2007, p. 62). Assim é possível, com base em documentos, estudar tanto a realidade presente quanto o passado por meio da pesquisa histórica.

## **3.5 TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS**

Referente à coleta de dados desta pesquisa, com alguns entrevistados foi utilizada a técnica de entrevistas e com outros, questionários pré-estabelecidos para melhor formalizar a coleta de informações de ângulos diferentes dos envolvidos em relação ao atendimento aos usuários. Esta coleta foi realizada pela pesquisadora, no mês de setembro de 2018, na UBS de Montenegro e na sede da Associação Beneficente Casa de Amparo Mão de Deus, com foco no serviço prestado pelo Setor Médico Adulto, por meio de entrevistas e questionários completados com a técnica de observação.

### **3.5.1 Entrevista**

Conforme define Martins (2008, p. 27) “entrevista é uma técnica de pesquisa para coleta de dados cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente”.

A entrevista apresenta maior flexibilidade podendo assumir diversas formas como informal, focalizada, parcialmente estruturada ou ainda totalmente estruturada. Ao utilizar-se dessa técnica como técnica de coleta de dados o entrevistador normalmente guia-se por um roteiro. “A elaboração do questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos” de acordo com Gil (2010, p. 103). São perguntas pertinentes a gestão administrativa da empresa e ao seu funcionamento em geral, assim como qualidades a serem destacadas e pontos a serem melhorados.

A pesquisadora, com o intuito de enriquecer o presente estudo, obteve junto à gestora da Casa de Amparo Mão de Deus informações sobre as ações realizadas e atendidas na Unidade Básica de Saúde, assim como a percepção da gestão referente às necessidades dos idosos.

### **3.5.2 Observação Direta**

Além disso, foi utilizado o estudo de observação para complementar e validar a coleta de dados. Segundo Gil (2010, p. 121) observação participante consiste “na participação real do pesquisador na vida da comunidade, da organização ou do grupo em que é realizada a pesquisa. O pesquisador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de membro do grupo”.

Unindo todas essas técnicas foi possível para a pesquisadora, identificar de forma mais clara os problemas existentes levantando o máximo de informações possíveis. Resultando na formulação de uma solução satisfatória e adequada a cada processo analisado, tornando possível sugerir melhorias nos atendimento aos idosos.

### **3.5.3 Sujeitos da Pesquisa**

Foram sujeitos da pesquisa, 06 (seis) membros do setor médico da UBS de Montenegro, incluindo dois participantes da equipe administrativa que atuam diretamente no atendimento aos usuários e a Diretora Administrativa da Equipe Médica, concursada, responsável pela equipe de médicos e enfermeiros, que já exerce sua função há aproximadamente 35 anos, para um suporte e esclarecimento de procedimentos mais complexos. Além disso, foram entrevistados 22 idosos usuários do serviço oferecido pela UBS e 72 idosos residentes na Casa de Amparo Mão de Deus. Todos estes entrevistados foram objeto deste estudo, visto que sua opinião é essencial para a presente pesquisa.

### **3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Os dados coletados foram analisados conforme a revisão de literatura. Dessa forma, surgiram novas ideias, práticas, experiências e conhecimentos que enriqueceram a pesquisa desencadeando assim, sugestões de ajustes e melhorias. Os dados obtidos comprovam que a experiência prática pode ser utilizada como instrumento de melhoria contínua visando o melhor funcionamento do setor de saúde no que se refere ao atendimento ao idoso.

Os dados quantitativos foram organizados e analisados baseados nos resultados e na lógica das políticas públicas, conforme a frequência absoluta, sendo apresentados em forma de tabelas.

Os dados coletados foram organizados e interpretados de forma coerente para mostrar a realidade das organizações observadas. Para que isso ocorresse foi necessário seguir alguns procedimentos. Conforme Gil (1999, p.168 citado por ZAMBERLAN et al 2014, p.147): A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposta para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

#### 4 DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos junto a Unidade Básica de Saúde – UBS e a Casa de Amparo Mão de Deus, ambas localizadas no município de Montenegro RS.

O diagnóstico serve essencialmente para a tomada de decisões relativas à empresa. Segundo Chiavenato (2006, p. 438), o diagnóstico “Inclui técnicas e métodos para descrever o sistema organizacional, as relações entre seus elementos ou subsistemas e as maneiras para identificar problemas e assuntos importantes”. Sendo feito para dar a necessária base analítica para uma decisão qualquer, para que essa decisão seja a mais eficaz. Importante se faz realçar que Bergamini (1990) “afirma que o diagnóstico é o mais complexo, porque exige muito ‘faro’, ou mais academicamente, grande dose de sensibilidade situacional”.

Além disso, o diagnóstico trata de uma análise cuidadosa que busca detectar os sintomas encontrados e dar-lhes sentido, não apenas dentro da organização, como também no seu ambiente, dentro de um quadro inteligível e coerente, para que possa servir de base a uma futura ação a ser planejada. Qualquer distorção perceptiva do diagnosticador comprometerá o diagnóstico e criará distorções nocivas no futuro planejamento.

Desta forma, o estudo fez a sistematização dos conteúdos pesquisados por meio do referencial teórico, seguido das entrevistas e levantamentos de dados por meio de informações documentadas e disponibilizadas pela UBS de Montenegro e pela Casa de Amparo Mão de Deus.

Para facilitar a análise dos dados, estes foram organizados em três etapas, sendo que a primeira demonstra os resultados obtidos no Setor Médico Adulto da UBS localizada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro e, a segunda parte onde são apresentados os resultados da entrevista desenvolvida com a Gestora da Casa de Amparo Mão de Deus. A terceira etapa está identificada com a análise comparativa e crítica entre os resultados obtidos no Setor Médico Adulto e na Casa de Amparo Mão de Deus.

## 1ª ETAPA – Atendimentos aos Idosos no Setor Médico Adulto

Apresenta-se na sequência a análise de dados sobre o perfil e as necessidades do idoso, referentes a pesquisa realizada no Setor Médico Adulto.

Tabela 1 – Número de entrevistados segundo gênero e idade.

Idade	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
De 60 a 70 anos	04	50,00	05	35,71	09	40,91
Entre 71 e 80 anos	03	37,50	03	21,43	06	27,27
Entre 81 e 90 anos	01	12,50	04	28,57	05	22,73
Acima de 91 anos	-	-	02	14,29	02	9,09
TOTAL	08	36,36	14	63,64	22	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

O contingente de brasileiros com idade acima de 60 anos de aproxima dos 20 milhões de cidadãos, o que equivale a cerca de 10% da população (IBGE 2010). Constata-se na tabela 1 que 40,91% dos idosos usuários dos serviços de saúde oferecidos pelo Setor Médico tinham idade que variava entre 60 e 70 anos.

Tabela 2 – Número de entrevistados segundo gênero e estado civil.

Estado Civil	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Solteiro (a)	01	12,50	04	28,58	05	22,73
Casado (a)	06	75,00	05	35,71	11	50,00
Viúvo (a)	01	12,50	05	35,71	06	27,27
TOTAL	08	36,36	14	63,64	22	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

Verifica-se na tabela 2 que idosos solteiros (22,73%) e viúvos (27,27%) que utilizam o serviço de saúde representam número significativo, o que denota certa independência por parte destes usuários que muitas vezes vivem sozinhos.

Tabela 3 – Número de entrevistados segundo o gênero e a profissão.

Profissão	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Aposentado (a)	05	62,50	10	71,43	15	68,18
Professor (a)	-	-	01	7,14	01	4,54
Serviços gerais	03	37,50	03	21,43	06	27,28
TOTAL	08	36,36	14	63,64	22	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

A tabela 3 demonstra que 68,18% dos idosos que utilizam o serviço de assistência médica pública estão aposentados. Essa realidade apresenta que possivelmente em razão da renda restrita, os idosos ficam suscetíveis às disponibilidades oferecidas pelo serviço público de saúde, pois consultas particulares e planos privados de saúde demandam valores bastante significativos.

Tabela 4 – Número de entrevistados segundo o gênero e escolaridade.

Escolaridade	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Ensino superior	-	-	01	7,14	01	4,54
Ensino médio	-	-	02	14,29	02	9,09
Ensino fundamental incompleto	04	50,00	05	35,71	09	40,91
Sabe ler e escrever	03	37,50	04	28,57	07	31,82
Não sabem ler nem escrever	01	12,50	02	14,29	03	13,64
TOTAL	08	36,36	14	63,64	22	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

Constata-se na tabela 4 que apesar de 13,64% dos idosos serem analfabetos, 72,73% estudou apenas até os primeiros anos de ensino fundamental, destacando que os idosos da contemporaneidade não concluíram as etapas da grade curricular de ensino, ou seja, possuem pouco estudo.

Tabela 5 – Número de entrevistados segundo o gênero e a renda.

Renda	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino		ABS	%
	ABS	%	ABS	%		
Não possui renda	-	-	02	14,29	02	9,09
Até R\$ 954,00	08	100,00	11	78,57	19	86,37
Entre R\$ 954,00 e R\$ 1.908,00	-	-	01	7,14	01	4,54
TOTAL	08	36,36	14	63,64	22	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

Observa-se na tabela 5 que 86,37% dos idosos frequentadores da UBS possuem renda de até um salário mínimo. Esta constatação ilustra justamente a realidade da população brasileira no que se refere à baixa renda, colocando os idosos entrevistados em situação suscetível às responsabilidades dos órgãos públicos que muitas vezes não são atendidas.

Tabela 6 – Número de entrevistados segundo gênero e enfermidade.

Enfermidade	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino		ABS	%
	ABS	%	ABS	%		
Hipertensão	03	37,50	06	42,86	09	40,91
Diabetes	02	25,00	02	14,29	04	18,18
Depressão	-	-	03	21,43	03	13,64
HIV	01	12,50	01	7,14	02	9,09
TOTAL	08	36,36	14	63,64	22	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

A tabela 6 mostra que nem todos os entrevistados possuem algum tipo de enfermidade que necessite de tratamento contínuo, porém em contrapartida, pode-se observar que é bastante elevado o número de idosos hipertensos (40,91%) e que conseqüentemente, precisam de medicamentos regularmente.

Os idosos entrevistados pela pesquisadora quando questionados sobre o atendimento oferecido pela UBS, deixaram evidenciado que independente da satisfação ou não com o serviço, a utilização de serviços públicos de saúde é, no momento, a única alternativa quando considerado os valores cobrados por planos de saúde e consultas particulares.



Como já mencionado anteriormente, o Setor Médico Adulto disponibiliza diariamente consultas com clínicos em sua sede. Porém, em razão de não haver médico direcionado à saúde do idoso, estes dependem das disponibilidades do Setor para conseguirem consultas médicas com especialistas, o que significa que não há preferência ou consultas específicas para o público idoso.

Além do atendimento médico, os entrevistados ressaltaram que buscam medicamento regularmente na Secretaria de Saúde, mas que nem sempre a farmácia do Posto recebe os medicamentos necessários para suprir a demanda dos municípios. Além disso, como pode ser observado na tabela de enfermidades, um casal de idosos portador do vírus HIV, destacou que além das consultas e medicamentos para o tratamento da doença costuma frequentar o Grupo de apoio disponibilizado aos pacientes com DST, a fim de amenizar a pressão que sentem por possuir tal enfermidade.

Quando questionados sobre as necessidades observadas pelos entrevistados referente a algum tipo de carência no atendimento ofertado pelo município, a grande maioria destacou a importância de se ter um médico especialista na saúde do idoso, assim como programas de incentivo ao envelhecimento ativo e saudável de forma que evidencie a inclusão destes sem que haja a aparente negligência às necessidades que os idosos possuem em razão da idade.

Foram citados, ainda, como sugestão pelos idosos entrevistados que frequentam à UBS, a disponibilidade de consultas com traumatologista, fisioterapeuta e fonoaudióloga além das consultas já disponibilizadas à população, ou seja, um atendimento direcionado às necessidades do público idoso de Montenegro.

## **IIª ETAPA – atendimentos aos Idosos na Casa de Amparo Mão de Deus**

Demonstra-se a seguir a análise de dados obtidos junto à Casa de Amparo Mão de Deus no que se refere ao perfil dos idosos moradores da Instituição e suas necessidades.

Tabela 1 – Número de entrevistados segundo gênero e idade.

Idade	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
De 60 a 70 anos	02	5,71	05	13,51	07	9,72
Entre 71 e 80 anos	12	34,29	08	21,62	20	27,78
Entre 81 e 90 anos	17	48,57	21	56,76	38	52,78
Acima de 91 anos	04	11,43	03	8,11	07	9,72
TOTAL	35	48,61	37	51,39	72	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

A longevidade como uma conquista da humanidade traz à cena pública a realidade do envelhecimento. Observa-se na tabela 1 que 52,78% dos idosos moradores da Casa de Amparo possuía idade que variava entre 81 e 90 anos, isso mostra que a população idosa está aumentando visto que a expectativa de vida apresenta-se mais longa.

Segundo o Ministério de Saúde (2016), a idade da população é de 80 anos ou mais, o que caracteriza a longevidade da população analisada.

Tabela 2 – Número de entrevistados segundo o gênero e estado civil.

Estado Civil	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Solteiro (a)	09	25,72	16	43,24	25	34,72
Casado (a)	14	40,00	07	18,93	21	29,17
Viúvo (a)	10	28,57	13	35,13	23	31,94
Outros	02	5,71	01	2,70	03	4,17
TOTAL	35	48,61	37	51,39	72	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

A família é fundamental na vida social do ser humano. A Casa de Amparo consiste em um lar adequado para o idoso e suas necessidades. Na tabela 2 constata-se que há um número significativo de idosos do gênero masculino (48,61%) que apesar de casados, não moram mais com a família. De acordo com a equipe da Casa, isso ocorre devido ao fato de os homens, de maneira geral, necessitarem de mais cuidados do que as mulheres, logo, a família acaba optando por uma alternativa

que possa suprir tais necessidades. As mulheres, por sua vez, representam 51,39% dos moradores da Casa de Amparo.

Tabela 3 – Número de entrevistados segundo o gênero e a profissão.

Profissão	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino		ABS	%
	ABS	%	ABS	%		
Professor (a)	01	2,86	01	2,70	02	2,78
Enfermeiro (a)	-	-	01	2,70	01	1,39
Médico (a)	01	2,86	-	-	01	1,39
Empresário (a)	06	17,14	02	5,40	08	11,11
Taxista	01	2,86	-	-	01	1,39
Eletricista	01	2,86	-	-	01	1,39
Operário (a)	15	42,86	-	-	15	20,83
Do lar	-	-	22	59,47	22	30,55
Outros	10	28,56	11	29,73	21	29,17
TOTAL	35	48,61	37	51,39	72	100,00

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

O trabalho assim como a família, faz parte da vida social do ser humano. Este tem como objetivo inicial a sobrevivência, porém é também por meio do trabalho que o ser humano relaciona-se com a sociedade. Verifica-se na tabela 3, que são diversificadas as profissões já exercidas pelos idosos moradores da Casa de Amparo. Além disso, chama a atenção que independente da classe social, sugestionável de acordo com a profissão já exercida, a Casa de Amparo se adequa a todos, indiscriminadamente.

A pesquisadora ao desenvolver o presente estudo constatou, ainda, que a idosa cuja profissão é professora fez a opção pessoal de morar na Casa de Amparo para não dar trabalho aos familiares. Esta é uma das exceções da Casa, pois a mesma é bastante independente e lúcida.

A pesquisa identificou que 72 idosos com idade entre 60 e mais de 90 anos moravam sozinhos na Casa de Amparo Mão de Deus. Dentre estes moradores destaca-se um casal que foi internado pelos familiares, pois ambos possuem necessidade de auxílio e cuidados e, que apesar de serem um casal, em razão de não mais serem lúcidos, convivem na Casa como estranhos.

É importante destacar que todos os idosos que residem na Instituição possuem familiares que são responsáveis por eles. Isto significa que há um

acompanhamento realizado pela Assistente Social para que estes não sejam negligenciados e “esquecidos” destacando sempre a importância da família na saúde emocional dos idosos.

Tabela 4 – Número de entrevistados segundo o gênero e a escolaridade.

Escolaridade	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Ensino superior	01	2,86	03	8,11	04	5,55
Ensino médio	10	28,57	11	29,73	21	29,17
Ensino fundamental incompleto	08	22,86	13	35,14	21	29,17
Sabe ler e escrever	12	34,29	08	21,62	20	27,78
Não sabem ler nem escrever	04	11,42	02	5,40	06	8,33
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>48,61</b>	<b>37</b>	<b>51,39</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

A tabela 4 demonstra que o número de idosos com ensino superior representa apenas 5,55% do total de entrevistados. Apesar disso, 8,33% idosos não são alfabetizados. A preocupação da Casa de Amparo está em repensar a velhice como uma etapa da vida que deve ser valorizada, dessa forma são oferecidos aos idosos, atendimentos interdisciplinares humanizados incluindo ações de inclusão digital e de recreação para favorecer a promoção da saúde e de um envelhecimento saudável de forma que a escolaridade não seja empecilho.

Tabela 5 – Número de entrevistados segundo o gênero e nível de dependência.

Nível	Valor	Gênero				TOTAL	
		Masculino		Feminino			
		ABS	%	ABS	%	ABS	%
I	R\$ 1.908,00	13	37,14	11	29,73	24	33,33
II	R\$ 1.908,00	13	37,14	22	59,46	35	48,61
III	R\$ 2.385,00	09	25,72	04	10,81	13	18,06
<b>TOTAL</b>		<b>35</b>	<b>48,61</b>	<b>37</b>	<b>51,39</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

Observa-se na tabela 5 que o valor cobrado pela Casa de Amparo de seus residentes varia de acordo com suas necessidades de cuidados. Essas

necessidades são avaliadas de acordo com o grau de dependência que varia entre 3 diferentes níveis: Nível 1 corresponde ao grau de dependência I onde os idosos são independentes mesmo que queiram equipamento de autoajuda. Nível 2 corresponde ao grau de dependência II onde os idosos possuem necessidade de cuidados em até três atividades de autocuidado para a vida diária. E, no nível 3 corresponde ao grau de dependência III, em que os idosos têm e requerem assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

Tabela 6 – Numero de entrevistados segundo gênero e enfermidade.

Enfermidade	Gênero				TOTAL	
	Masculino		Feminino		ABS	%
	ABS	%	ABS	%		
Hipertensão	27	77,14	15	40,54	42	58,33
Diabetes	17	48,57	21	56,76	38	52,78
Depressão	02	5,71	11	29,73	13	18,06
Anemia	03	8,57	04	10,81	07	9,72
Insuficiência cardíaca	06	17,14	08	21,62	14	19,44
insuficiência respiratória	03	8,57	05	13,51	08	11,11
TOTAL	35	48,61	37	51,39	72	100

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

A tabela 6 mostra que muitos dos idosos possuem mais de uma enfermidade que implica no uso de medicação contínua, com destaque para 58,33% que tem hipertensão e 52,78 que possui diabetes. Apenas um idoso residente na Casa não toma nenhum tipo de remédio justamente por gozar de boa saúde. Por curiosidade esse mesmo senhor, com 102 anos, é o mais velho da residência e seu único vício é fumar cigarro. E, apesar de ser prejudicial à saúde, as cuidadoras da Instituição optaram por ministrar os cigarros solicitados por ele, e autorizados pela família, visando proporcionar algum tipo de satisfação nesse tempo que, ainda, tem de vida, pois possivelmente, privar-lhe deste ato causaria, mais o mal do que o bem.

Segundo a tabela 6, percebe-se que 5,71% dos homens e 29,73% das mulheres possuem depressão, o que pode se justificar por estarem longe da família.

A Casa de Amparo tem como foco o envelhecimento como desenvolvimento, buscando reduzir a desigualdade, promover um envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral á saúde e à inclusão social. Busca, sobretudo, colaborar para o

desenvolvimento de sujeitos resilientes, com boa autoestima, que vivenciem uma velhice ativa e participativa, com uma qualidade de vida satisfatória.

### **IIIª ETAPA – Análise Crítica e Comparativa entre a Unidade Básica de Saúde e a Casa de Amparo Mão de Deus, localizadas em Montenegro**

Em razão de a Casa de Amparo e seus moradores perceberem a falta de parceria com o Posto de Atendimento localizado na Secretaria de Saúde e conseqüentemente não receber o atendimento que julga necessário, a Instituição em parceria com empresas privadas da região implantou o Projeto Envelhecimento Jovem que disponibiliza, dentre outros benefícios, consultas regulares com um clínico contratado pela Casa.

É importante ressaltar que a Secretaria de Saúde, por meio de seus postos de saúde, disponibiliza consultas médicas para todos os munícipes de Montenegro, porém como a pesquisa foi sobre as necessidades dos idosos e que na sua maioria possuem restrições inclusive de locomoção, percebe-se certa negligência relacionada ao descaso com a saúde do idoso.

É correto afirmar, também, que o posto disponibiliza medicamentos de acordo com a prescrição médica individual, mas nem sempre há disponibilidade dos medicamentos necessários gerando certa frustração por parte dos idosos, de seus familiares e principalmente de seus cuidadores, uma vez que, o único benefício percebido ainda é justamente a disponibilidade dos medicamentos.

A pesquisadora ao questionar os entrevistados sobre a real necessidade percebida pelos idosos e que não é atendida pelo órgão responsável, obteve de forma unânime a mesma resposta que seria a falta de transporte. A falta de profissionais especialistas também foi bastante mencionada apesar de o mesmo Projeto citado anteriormente tentar suprir estas necessidades por meio de profissionais contratados.

A Casa de Amparo possui veículo próprio, porém trata-se de veículo de passeio. A necessidade dos idosos residentes na Instituição é de um veículo específico considerando suas limitações, ou seja, uma ambulância com espaço e cuidados adequados.

A Secretaria de Saúde do município dispõe de ambulâncias, mas para situações de emergência, entretanto a necessidade mencionada pelos idosos

restringe-se a locomoção que, é extremamente difícil de ser realizada em veículo de passeio. Logo, utilizar das ambulâncias que atendem emergências e situações graves devidamente equipadas para apenas se locomover, descaracteriza o propósito das mesmas além de prejudicar o atendimento oferecido à população em geral.

Apresenta-se a seguir, a análise da pesquisa referente à comparação dos dados levantados na Secretaria de Saúde e na Casa de Amparo Mão de Deus, ambas no município de Montenegro.

Tabela 1 – Comparativo entre as Instituições de Saúde.

<b>Perfil</b>	<b>UBS - Secretaria de Saúde</b>	<b>Casa de Amparo</b>
Gênero	63,64% Feminino	51,39% Feminino
Idade	40,91 % Entre 60 e 70 anos	52,78 Entre 81 e 90
Estado civil	50% Casados	34,72% Solteiros
Profissão	68,18% Aposentados	30,55% Do lar
Escolaridade	40,91% Ensino fundamental	29,17% Ensino médio
Enfermidade	40,91% Hipertensos	58,36% Hipertensos
Necessidade identificada	Médico do idoso	Transporte

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora – out/2018

Verifica-se na tabela 1 comparativa entre os dados das Instituições pesquisadas, que a enfermidade que assola os idosos da contemporaneidade é a hipertensão. Esta enfermidade normalmente é causada quando há uma resistência e endurecimento maior dos vasos sanguíneos para a passagem do sangue, o que necessita uma força maior do coração para o bombeamento. Logo, pode ser um processo natural do corpo, por isso o índice elevado nos idosos.

Outro dado levantado bastante significativo esta relacionado à idade dos entrevistados. Na Casa de Amparo a concentração maior de idosos possui entre 81 e 90 anos, enquanto os frequentadores da UBS estão na faixa de idade entre 60 e 70 anos. Esta situação é bastante coerente considerando que os idosos com idade superior a 80 anos possuem restrições de locomoção causadas pelas limitações que ocorrem com a chegada da melhor idade impossibilitando muitas vezes, o seu deslocamento.

Dito isso, é compreensível que a necessidade percebida, também, seja diferente uma vez que a idade dos entrevistados difere. Ou seja, enquanto os idosos da Casa de Amparo percebem a necessidade de transporte adequado, os idosos independentes que utilizam os serviços da UBS, notam a ausência de um profissional especializado na saúde do idoso.

Em relação à Casa de Amparo Mão de Deus, não foi possível saber quanto recebem mensalmente os idosos ali residentes, pois estes são classificados segundo níveis estabelecidos pela Instituição, conforme mencionado na tabela 5, na página 52.



## 5 SUGESTÕES DE MELHORIAS

a) Descrever o perfil socioeconômico e as expectativas dos idosos:

A longevidade como uma conquista da humanidade traz à cena pública a realidade do envelhecimento, posicionando a pessoa idosa como sujeito de direitos e como eixo de preocupação e investimento das políticas públicas, visto que o processo de envelhecimento envolve um conjunto articulado de processos biológicos, psicológicos e sociais que podem tornar os idosos mais vulneráveis.

b) Identificar as ações realizadas e atendidas na Unidade Básica de Saúde – UBS e na Casa de Amparo Mão de Deus em Montenegro:

Dentre às sugestões e opiniões dos idosos entrevistados sobre sua compreensão referente ao atendimento oferecido pela UBS do município de Montenegro destaca-se a necessidade de um atendimento humanizado e direcionado ao idoso. Um atendimento que seja realizado por profissionais capacitados para trabalhar em tal área, garantindo a integridade do idoso, a aquisição e informação ao direito do recebimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação da saúde.

Na assistência hospitalar, a idade deve ser considerada um indicador na determinação da assistência ao idoso enfermo, e seu estado funcional deve ser o parâmetro mais fidedigno no estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Idosos classificados como totalmente dependentes constituem em um grupo que deve ser enquadrado no conceito de vulnerabilidade.

Os serviços de saúde precisam estar preparados para identificar este idoso vulnerável com a finalidade de promover a ele assistência diferenciada e pautada na participação de diferentes profissionais e especialistas da área da saúde. Ou seja, a tentativa de reabilitação desses pacientes deve ser privilegiada para evitar o aumento da sua carga de sofrimento.

c) Analisar a percepção das cuidadoras dos idosos que moram na Casa de Amparo face às suas necessidades:

Outro ponto identificado pelos entrevistados, principalmente os residentes da Casa de Amparo, é a ausência de transporte disponível pela área de saúde. Seria muito importante que os idosos pudessem usufruir do uso de ambulâncias destinadas ao transporte de pessoas incapacitadas sendo diferenciado de uma

situação de emergência. Isso significa que a Secretaria de Saúde precisa dispor de veículo apropriado, para pessoas enfermas e debilitadas, mas que não configuram situação emergencial.

Na visão de Chiavenato (2009), todas as organizações gostariam de ser a melhor empresa para se trabalhar, e tornar-se um ambiente de trabalho agradável, melhorando a qualidade de vida das organizações. Seguindo essa linha de pensamento, uma boa organização seria aquela que atende às necessidades do seu cliente enquanto público alvo de forma a garantir a satisfação que retorna como benefício para a organização, resultando na realização de todos os envolvidos.

d) Sugerir ações públicas de apoio aos idosos que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, no município:

Conclui-se que existiu diferenças entre os idosos atendidos na UBS e os moradores da Casa de Amparo. Sugere-se que ações públicas sejam elaboradas visando atender aqueles idosos que possuem maior necessidade por apresentarem elevados índices de inatividade física, como é o caso daqueles 66,67% domiciliados na Casa de Amparo.

Finalmente, sugere-se mais estudos junto à este público, especialmente sobre a qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral comparar às ações de atendimento oferecidas aos idosos pela Unidade Básica de Saúde – UBS e pela Casa de Amparo Mão de Deus localizadas na cidade de Montenegro RS.

A transição demográfica e epidemiológica são dois eventos integrantes da sociedade brasileira e contam com propostas específicas. Como evidenciado, as diversas propostas de políticas de atenção ao idoso estão bem delineadas e traçadas. Porém, cabe aos gestores dos serviços e à equipe de saúde debaterem as prioridades de atenção face às diferenças de culturas das pessoas que habitam diferentes cidades. De modo geral, os idosos brasileiros vivem, na sua maioria, na comunidade e a Atenção Básica à Saúde é uma das estratégias disponíveis para ser utilizada.

É importante ressaltar, entretanto, que a formação profissional da equipe de saúde para esta área de conhecimento é urgente, em virtude da demanda de atenção a essa população, no sistema de saúde. Contudo, não se pode esquecer que o principal desafio é o de retomar a luta dos direitos sociais e humanos do idoso, para a construção da sua cidadania. Como parte deste desafio destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde junto à população idosa, sobretudo ao analisar a Política de Atenção ao Idoso no Brasil, identificando problemas do idoso dentro do contexto familiar e social e efetivando intervenções no ensino, na pesquisa e na assistência, respeitando suas potencialidades e diferenças individuais.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial iniciado, a princípio, nos países desenvolvidos em decorrência da queda de mortalidade, a grandes conquistas do conhecimento médico, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental tanto em residências como no trabalho assim como, em decorrência dos avanços tecnológicos. Todos esses fatores contribuem no aumento da expectativa de vida.

De acordo com dados do IBGE (2018), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco

anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa assegura os direitos dos idosos e busca criar condições para a promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. Cabendo ao setor de saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entretanto a sociedade, aparentemente, não está preparada para essa mudança no perfil populacional e, embora as pessoas estejam vivendo mais, a qualidade de vida não acompanha essa evolução. Dados do IBGE, conforme já mencionado neste estudo, mostram que os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral.

Diante dessa visão, o envelhecimento é entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada indivíduo. É nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando assim a formação do indivíduo idoso. As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se no indivíduo que envelhece uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças.

A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, provavelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice. Assim, o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito, muito embora dele não dependa para se processar. O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram.

A questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima, ou pelo menos amenize, a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer as condições adequadas para vivê-la.

A exemplo de outras fases da vida, na velhice estão presentes aspectos biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e culturais. Nela se convive com

perdas e ganhos. De modo geral, porém, a sociedade parece valorizar mais sua associação a perdas, reforçando atitudes e comportamentos que levam a perceber a velhice como sinônimo de incapacidade, pobreza, desprezo, discriminação, desigualdade e abandono.

O idoso também deve ter seus direitos garantidos e respeitados. A ele deve ser assegurado o direito de pertencer e participar intensamente de uma sociedade, direito à inclusão social. Portanto, não existe idade definida para ser cidadão. Respeitar o direito humano do idoso é ajudá-lo a exercer sua cidadania, é garantir-lhe autonomia e independência; é valorizar e desenvolver sua capacidade e potencial de decisão e ação.

Desta forma, cabe destacar a grande importância de manutenção de um estilo de vida ativo, preventivo a toda pessoa idosa, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELTRÃO K. I; CAMARANO A. A; KANSO S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, ago, 2004 (Texto para discussão, 1034).

BERGAMINI, Cecília Whitaker; CODA, Roberto. **Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. **Desenvolvimento de recursos humanos: uma estratégia de desenvolvimento organizacional**. São Paulo: Atlas, 1990.

BERGUE, Sandro Trescastro. **Gestão Estratégica de Pessoas no Setor Público**. São Paulo: Atlas, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

BRASIL, **Estatuto do Idoso**. Ministério da Saúde, 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, 1998. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação – IEC. **Ações de Informação, Educação e Comunicação. Perspectivas para uma Avaliação**. Brasília.

BRESSER PEREIRA, Luis Carlos. **Estado, aparelho do Estado e sociedade civil**. Brasília: ENAP, 1995.

CAMARANO, A. A. & PASINATO M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (org). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**, Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CELY, M. L. B.; SILVEIRA, R. D. (Coord.). **Direito Disciplinário Internacional: estudos sobre a formação, profissionalização, disciplina, transparência, controle e responsabilidade da função pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R.; **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos: o capital humano das organizações**. São Paulo: Atlas, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Remuneração, benefícios e relações de trabalho**. São Paulo: Atlas, 1998.

COSTA, E.M.S. **Gerontodrama: a velhice em cena**. São Paulo: Àgora, 1998.

Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. Revista do serviço público. Brasília v.47, n.1, janeiro/abril, 1996.

DANTAS, Tiago. "Administração Pública"; *Brasil Escola*. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/politica/administracao-publica.htm>>. Acesso em 29 de abril de 2018.

DAVIS, Keith; NEWSTRON, John. **Comportamento humano no trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1992.

DIEHL, Astor Antonio; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DURIGAN, M. & QUEIROZ, I. A. **Discurso sobre a velhice: da campanha da fraternidade ao Estatuto do idoso**. In: GUERRA, V. M. L. Olhares interdisciplinares na investigação sobre linguagem. Cuiabá: Editora Unemat, 2005.

ERIKSON, E.; ERIKSON, J. M. & KIVNICK, H. *Vital Involvement in Old Age: the experience of old age in our time*. Londres: Norton, 1986.

ESTATUTO DO IDOSO. Brasil. lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Brasília, 2003.

FERRARI, M.A.C., 1999. O envelhecer no Brasil. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 23(4), 197:203.

FILHO, E.T.C., 1997. **Fisiologia do Envelhecimento**. In: NETO, M.P. (org.) Gerontologia, pp.60-69, São Paulo: Atheneu.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Gerência dos Serviços de Saúde: Caderno de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, Rio de Janeiro, set. 1990.

Métodos e Técnicas de Pesquisas Sociais. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LAZAETA, C. B., 1994. **Aspectos Sociales del Envejecimiento**. In: PÉREZ, E. A. et al (editores.). La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. pp.57-66. Washington: OPS.

LIMA, R. J. B. **Diagnóstico organizacional: processos gerenciais**. São Paulo: Prentice Hall, 2009.

LIMA-COSTA, M. F. F. et al. **Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: Um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas**. Informe Epidemiológico do SUS, v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.

LOLLAR D. J. & CREWS J. E. 2003 ***Redefining the role of public health in disability***. *Annu. Ver. Public Health*. 24:195-208.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. 6. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARRAS, J. P. **Administração de Recursos Humanos do operacional ao estratégico**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MARRAS, J.P. **Administração de Recursos Humanos do operacional ao estratégico**. 3. ed. São Paulo: Futura, 2000.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: Uma estratégia de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MASCARENHAS, A.D.; VASCONCELOS, F.C. **Gestão do Paradoxo “passado versus futuro”: uma visão transformacional da gestão de pessoas**. São Paulo, 2006.

MILKOVICH, G. T. BOUDREAU, J. W. **Administração de Recursos Humanos**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

NÉRI, A.L. e CACHIONI, M., 1999. **Velhice bem-sucedida e educação**. In: NÉRI, A.L. e DEBERT, G.G. (orgs.) *Velhice e Sociedade*, pp.113-140. São Paulo: Papirus.

RAMOS L. R., 2002. Epidemiologia do envelhecimento i: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 7-78.

ROOTMAN, I.; POLAND, B. D.; GREEN, L. W. *The settings approach to health promotion*. In: ROOTMAN, I. et al (Ed) **Settings for health promotion: linking theory and practice**. London: Sage Publications, 2000.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A. A. (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**, Rio de Janeiro, IPEA, 1999.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B.; **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SCRUTTON, S., 1992. *Ageing, healthy and in control: an alternative, approach to maintaining the health of older people*. London: Chapman and Hall.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde do Brasil, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de Caso Planejamento e Métodos**. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

<http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/modelodeexcelenciaemg estaopublica2014.pdf> acesso em 30/04/2018.



[http://www.acaps.org.br/noticias\\_de\\_mercado/Tr%EAs+em+cada+dez+idosos+sente+m+falta+de+produtos+voltados+para+a+terceira+idade%2C+mostra+SPC+Brasil+e](http://www.acaps.org.br/noticias_de_mercado/Tr%EAs+em+cada+dez+idosos+sente+m+falta+de+produtos+voltados+para+a+terceira+idade%2C+mostra+SPC+Brasil+e)  
acesso em 06/06/2018.



10 - VOCÊ TEM RECEBIDO ATENDIMENTO ADEQUADO NO POSTO OFERECIDO PELA SECRETARIA DE SAÚDE?

- Sim. Plenamente!
- Sim
- Não
- Não utilizo

11 - ALÉM DO ATENDIMENTO MÉDICO VOCÊ RECEBE ALGUM OUTRO TIPO DE SERVIÇO/PRODUTO DO POSTO DE SAÚDE?

- Remédios
- Visita Domiciliar
- Prática de Atividade Física
- Palestras relacionadas a boa saúde
- Massagens
- Outro. Qual? (descreva) \_\_\_\_\_

12 - VOCÊ IDENTIFICA ALGUMA NECESSIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE MONTENEGRO QUE NÃO ESTEJA SENDO ATENDIDA?

- Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- Não.

13 - QUE TIPO DE ATENDIMENTO VOCÊ GOSTARIA DE RECEBER DA UNIDADE DE SAÚDE?

\_\_\_\_\_